



GIRL SCOUTS OF NASSAU COUNTY, INC.
110 Ring Road West, Garden City, NY 11530-3296
T 516-742-2550 F 516-741-2207
customercare@gsnc.org

Aplicación De Asistencia Economica

Niñas o adultos que han sido REGISTRADOS por Girl Scouts of Nassau County, pueden aplicar por asistencia económica para las actividades de Girl Scouts. Se necesita cuatro (4) semanas para el proceso de la aplicación. Si requiere mas información, llama (516) 741-2550. Complete toda la información y envíelo a la dirección detallada arriba.

SE SOLICITA ASISTENCIA ECONOMICA PARA:

Nombre: _____ O Nina O Adulto

Dirección: _____
(No. & Calle) (Pueblo) (Zona postal)

Teléfono: (dia) _____ Teléfono: (noche) _____ Correo electronico _____

Registrada en: Tropa # _____ Nivel _____ Asociación _____

Años en Girl Scouts: _____ Grado escolar (niña): _____ Posición en Tropa (adulto): _____

Nombre de lider: _____ Teléfono (dia): _____ (noche): _____

Dirección de lider: _____
(No. & Calle) (Pueblo) (Zona postal)

INFORMACIÓN DE FAMILIA

Nombre(s) de Padre/Guardian: _____

La niña vive con: O Ambos padres O Un padre O Guardian/Tutor

Número de niños menores de 18 años de edad en la casa: _____ Número de trabajadores en la casa: _____

Ocupación de Padre: _____ Madre: _____ Guardian/Tutor: _____

La familia ha recibido asistencia económica de Girl Scouts anteriormente? O No O Si (que año) _____

Please check all that apply: O DSS O Free/Reduced Lunch O Food Stamps

Ingreso familiar es menos de: O \$10,000 O \$15,000 O \$20,000 O \$30,000 O \$40,000 O \$50,000 O \$60,000 O \$70,000

Se solicita asistencia económica en este momento porque: (use una hoja adicional si es necesario):

Yo solicito asistencia para obtener el Uniforme/Libros
O Libros (favor especificar): _____
O Banda O Chaleco Talla? _____
Estos materiales se pueden recoger en el Resource Room en nuestro Centro de Servicio (direccion detallada en la parte derecha de esta aplicación.
Yo solicito asistencia con la Cuta de Tropa Cuota
Cuota (Semanal/Anual): _____
Familia puede pagar: _____ Suma solicitada: _____
La tropa se reune: O semanal O mensual O otra _____

Yo solicito asistencia para Viaje/Actividad
Lugar: _____
Fecha: _____ Costo total \$ _____
Tropa puede contribuir: _____
Familia puede pagar: _____
Asociación puede contribuir: _____
Suma de asistencia requerida: _____

A mi saber, la información ya mencionada está correcta:

(Firma de Persona llenando aplicación) _____ (fecha) _____

FOR OFFICE USE ONLY: Action _____ Authorized by _____ Date _____ Notified on _____